

## ХҮҮХДИЙН ТУСЛАМЖИЙН ЧИГЛҮҮЛЭЛ

### Child Support Referral

Хүүхдийн Тусламжийн хэсэг (DCS) нь таны хувийн мэдээлэл ба нийгмийн дугаарыг хүүхдийн тусламжийг шаардалтанд хэрэглэх болно. Энэ нь Нийгмийн Аюулгүй Актын IV-D гарчигт заагдсан буй.

#### A. Хүүхдийн эцэг эхийн талаар мэдээлэл

Хүүхдийн Эх					Хүүхдийн Эцэг						
Нэр (АнхнытДундаж/Сүүлийн):					Нэр (АнхнытДундаж/Сүүлийн):						
Бусад нэрс:					Бусад нэрс:						
Шуудангийн хайрцаг ба гудамжны хаяг:					Шуудангийн хайрцаг ба гудамжны хаяг:						
Хот:		Муж:		ZIP код:		Хот:		Муж:		ZIP код:	
Гэрийн утас: ( )		Месаж утас: ( )		Гар утас: ( )		Гэрийн утас: ( )		Месаж утас: ( )		Гар утас: ( )	
E-mail хаяг:					E-mail хаяг:						
Нийгмийн Даатгалын дугаар:			Төрсөн он сар өдөр (Сар/өдөр/Он):		Нийгмийн Даатгалын дугаар:			Төрсөн он сар өдөр (Сар/өдөр/Он):			
Төрсөн газар (Хот/Улс/Муж/Улс):					Төрсөн газар (Хот/Улс/Муж/Улс):						
Арьсны өнгө:	Жин:	өндөр:	үсний өнгө:	Нүдний өнгө:	Арьсны өнгө:	Жин:	өндөр:	үсний өнгө:	Нүдний өнгө:		
Төрөлх хэл (хэрэв англи хэлээс бусад хэлээр ярих хэрэгтэй бол хэнэ үүш):					Төрөлх хэл (хэрэв англи хэлээс бусад хэлээр ярих хэрэгтэй бол хэнэ үүш):						
Баг бүлэгт хамаарах эсэх (хэрэв байвал)			Индиан резервацид амьдардаг уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй		Баг бүлэгт хамаарах эсэх (хэрэв байвал)			Индиан резервацид амьдардаг уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй			
Сүүлийн ажил олгогчийн нэр:					Сүүлийн ажил олгогчийн нэр:						
Ажил олгогчийн ШХ хаяг ба Гудамжны нэр:					Ажил олгогчийн ШХ хаяг ба Гудамжны нэр:						
Ажил олгогчийн хот:		Муж:		ZIP код:		Ажил олгогчийн хот:		Муж:		ZIP код:	
Ажил олгогчийн утасны дугаар: ( )					Ажил олгогчийн утасны дугаар: ( )						
Эцэг Эхийн нэр:			Эцэг Эхийн анхны овог нэр:		Эцэг Эхийн нэр:			Эцэг Эхийн анхны овог нэр:			

#### B. Хүүхдүүдийн амьдадаг газар

2 хуудсанд дурьдагдсан хүүхдүүд хэнтэй амьдардаг:  Эх  Эцэг  Бусад (тодруулах): \_\_\_\_\_

Хамтран амьдардаггүй эцэг эх нь Вашингтон мужид амьдардаг байсан эсвэл хүүхдүүддээ тусламж үзүүлдэг байсан уу?  тийм  үгүй Хэрэв тийм бол хэзээ \_\_\_\_\_

#### C. Хэрэв хүүхдүүд Эцэгтэй буюу Эхтэйгээ хамт амьдардаггүй бол уг хэсгийг бөглөнө үү

Таны нэр:					Таны шуудангийн хайрцаг эсвэл гудамжны нэр:					
Таны Нийгмийн Даатгалын дугаар:			Таны төрсөн он сар өдөр:		Таны хот:		Таны муж:		Таны ZIP код:	
Таны хүүхдүүддээ хандах хандлага:					Гэрийн утас: ( )		Месаж утас: ( )		Гар утас: ( )	
Баг бүлэгт хамаарах эсэх (хэрэв байвал)			Индиан резервацид амьдардаг уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй							

**D. Тусламж үзүүлэх хүүхдийн талаархи мэдээлэл****1-р хуудсанд заагдсан таны гэрт амьдардаг эцэг эхийн хүүхдийг нэрлэнэ үү**

Анхны хүүхдийн нэр (Анхны/Дунд/Сүүлийн):	Хүйс:	Нийгмийн Даатгалын дугаар	Эцэг нь эцэг мөн эсэхийн гарын үсэг зурсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрсөн өдөр (Сар/өдөр/Он):	Төрсөн өдөр (Хот/УлсуМуж/Улс):		Баг бүлэгт хамаарах эсэх (хэрэв байвал)
Эх нь Вашингтон мужид жирэмсэлсэн үү? <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Тийм		үгүй бол хаана (Улс/Муж):	
Уг хүүхдэд тусламжийн ордер бий эсэх? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Хэрэв тийм бол ордерийн он сар өдөр (Сар/өдөр/Жил):	Хэрэв тийм бол ордерийн газрыг оруулна уу (УлсуМуж/Баг):	

Хоёр дахь хүүхдийн нэр (Анхны/Дунд/Сүүлчийн):	Хүйс:	Нийгмийн Даатгалын дугаар	Эцэг нь эцэг мөн эсэхийн гарын үсэг зурсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрсөн өдөр (Сар/өдөр/Он):	Төрсөн өдөр (Хот/УлсуМуж/Улс):		Баг бүлэгт хамаарах эсэх (хэрэв байвал)
Эх нь Вашингтон мужид жирэмсэлсэн үү? <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Тийм		Төрсөн өдөр (Хот/УлсуМуж/Улс):	
Уг хүүхдэд тусламжийн ордер бий эсэх? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Хэрэв тийм бол ордерийн он сар өдөр (Сар/өдөр/Жил):	Хэрэв тийм бол ордерийн газрыг оруулна уу (УлсуМуж/Баг):	

Хоёр дахь хүүхдийн нэр (Анхны/Дунд/Сүүлчийн):	Хүйс:	Нийгмийн Даатгалын дугаар	Эцэг нь эцэг мөн эсэхийн гарын үсэг зурсан уу? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Төрсөн өдөр (Сар/өдөр/Он):	Төрсөн өдөр (Хот/УлсуМуж/Улс):		Баг бүлэгт хамаарах эсэх (хэрэв байвал)
Эх нь Вашингтон мужид жирэмсэлсэн үү? <input type="checkbox"/> үгүй <input type="checkbox"/> Тийм		үгүй бол хаана (Улс/Муж):	
Уг хүүхдэд тусламжийн ордер бий эсэх? <input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	Хэрэв тийм бол ордерийн он сар өдөр (Сар/өдөр/Жил):	Хэрэв тийм бол ордерийн газрыг оруулна уу (УлсуМуж/Баг):	

**E. Уг хүүхдийн эцэг эхийн гэрлэлтийн тэмдэглэл**

Гэрлэсэн он сар өдөр (Сар/өдөр/Жил):	Гэрлэсэн газар (Район/Улс):
Салсан он сар өдөр (Сар/өдөр/Жил):	Гэрлэлтээ цуцалсан газар (Район/Муж):
Салсан он сар өдөр(Сар/өдөр/Жил):	Салсан газар (Район/Муж):

**F. Нийгмийн Тусламж ба Төлбөрийн Мэдээлэл**

Дээр дурьдсан хүүхдүүд мужаас эсвэл индиан багаас нийгмийн тусламж авч байсан эсэх?  үгүй  тийм

Хэрэв тийм бол хаана (Counties/Район/Баг): \_\_\_\_\_ Хэрэв тийм бол хэзээ (Сар/Он): \_\_\_\_\_

Ихэрэв дор дурьдсан хүүхдэд тусламж олгосон тохиолдолд хүүхдийг хардаггүй эцэг эх нь хэр зэрэг төлбөр төлсөн (муж буюу индиан мужид олгосон тусламжийг тооцохгүй) \$ \_\_\_\_\_.

Тусламж авсан он сар өдөр: (эхэлсэн) \_\_\_\_\_ (дууссан) \_\_\_\_\_ **Ордеруудын хувилбарыг хавсаргана уу.**

**G. Деклараци**

Би DCS -т бичгээр яаралтайхэрэв хүүхдийн тусламжийн мэдээлэлд ямар нэгэн өөрчлөлт орсон тохиолдолд мэдэгдэх үүрэг авч байна.

Би Вашингтон мужийн хуулинд захирагдан уг мэдээллийг үнэн ба зөв болохыг баталж байна.

Гарын үсэг \_\_\_\_\_, Вашингтон.

Гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Он сар өдөр: \_\_\_\_\_

Арьсны өнгө, шашин, үүсэл гарал, хүйс, нас, боломж чадвар зэргийн улмаас ямар нэгэн үйлчилгээ, ажил зэрэгт гадуурхагдах есгүй. Уг бланк нь захиалгын дагуу өгөгдөнө.